

## ประสิทธิผลโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ อำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง

### Participatory Health Program for Older Adults in Angthong Province

เทพสุดา รุ่งสาข<sup>1\*</sup>, สุรีย์ จันทรโมลี<sup>1</sup>, ประภาเพ็ญ สุวรรณ<sup>1</sup> และ มยุนา ศรีสุphanunt<sup>1</sup>

Thepsuda Rungsang<sup>1\*</sup>, Suree Chanthamolee<sup>1</sup>, Prapapen Suwan<sup>1</sup>

and Mayuna Srisuphanunt<sup>1</sup>

มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น<sup>1\*</sup>

#### บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ อำเภอแสวงหา จังหวัดอ่างทอง โดยประยุกต์ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ 6 ด้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลแสวงหา จำนวน 84 คน โดยวิธีการสุ่มแบบง่ายเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ.2559 จนถึง เดือน พฤษภาคม พ.ศ.2559 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน มีค่าความตรงของเนื้อหา .67, 1.00 ตามลำดับ และค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .86 และ .84 การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติไคสแควร์ t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่าก่อนการทดลอง ( $M=3.45$ ,  $SD=0.76$ ) และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ( $M=4.11$ ,  $SD=0.54$ )

2. หลังการทดลอง ( $M=4.11$ ,  $SD=0.54$ ) กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ( $M=3.54$ ,  $SD=0.66$ ) และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ( $t=10.58$ ,  $p<.001$ )

3. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในระดับสูง ( $M=4.48$ ,  $SD=0.71$ ) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ( $M=2.82$ ,  $SD=0.88$ )

4. หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับสร้างเสริมสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลอง ( $M=7.73$ ,  $SD=0.70$ ) และกลุ่มเปรียบเทียบ ( $M=3.23$ ,  $SD=0.64$ ) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=7.53$ ,  $p<.01$ )

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วม

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: thepsuda04@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 063-4291535)

## Abstract

This quasi experimental research aimed to study the effectiveness of a participatory health promoting program for older adults in Saweangha district, Angthong province, by applying 6 health promoting lifestyles of Pender. Sample was 84 older adults aged 60 years and over who were members of the elderly club of Saweangha Sub District Municipality. Simple random sampling was applied. Data collection was done during January 2016 to May 2016. Research instrument was questionnaire about health promoting behaviors, and health promoting knowledge. The questionnaire was validated by 5 experts yielding its content validity of .67 and 1.00, respectively. Reliability was tested yielding values of .86 and .84. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation (*SD*), Chi-square and t-test. Results were as follows.

1. After the experiment, the experimental group better perceived their own capabilities to improve their health behaviors than before the experiment ( $M=3.45$ ,  $SD=0.76$ ), and the comparison group ( $M=4.11$ ,  $SD=0.54$ ).
2. After the experiment, the experimental group had better health behaviors than before the experiment, and the comparison group with statistically significant ( $t=10.58$ ,  $p<.001$ ).
3. After the experiment, the experimental group had knowledge about health promotion at a high level ( $M=4.48$ ,  $SD=0.71$ ). Whereas the comparison group had knowledge about health at a low level ( $M=2.82$ ,  $SD=0.88$ ).
4. After the experiment, mean scores of the knowledge about health between the experimental ( $M=7.73$ ,  $SD=0.70$ ) and the comparison group ( $M=3.23$ ,  $SD=0.64$ ) were significantly different ( $t=7.53$ ,  $p<.01$ ).

**Keywords:** Health Promoting Program, Older Adults, Participation

## บทนำ

สถานการณ์ประชากรที่ได้รับความสนใจในสังคมปัจจุบัน คือ ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร การที่อัตราเพิ่มประชากรสูงอายุมีระดับสูง สาเหตุสำคัญเนื่องจากการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์หรือภาวะการเกิด ซึ่งเมื่อ 50 ปีที่แล้วผู้หญิงคนหนึ่งมีบุตรโดยเฉลี่ยมากกว่า 6 คน และในปัจจุบันมีบุตรโดยเฉลี่ยน้อยกว่า 2 คน การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้สัดส่วนและจำนวนประชากรวัยเด็กลดลงอย่างรวดเร็ว จนนำมาสู่การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุ เป็นเรื่องชี้ให้เห็นว่าสังคมไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว (Vipa, 2012) ผู้สูงอายุมีย่อมมีโอกาสเจ็บป่วยมากกว่าคนอายุน้อย ยิ่งอายุมากก็ยิ่งมีความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความจำเสื่อม อัมพฤกษ์อัมพาต โรคเกี่ยวกับกระดูกและฟัน โรคของผู้สูงอายุเหล่านี้จะเพิ่มภาระในการดูแลรักษาให้กับสังคมไทยในอนาคต จึงต้องมีการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เต็มศักยภาพและการเข้าถึงบริการการรักษาพยาบาล การบริการสุขภาพต้องให้ความสำคัญกับการ



สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พื้นฟูสภาพร่างกายควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาลเพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีมีสุขภาพกาย สมอง จิตใจที่ดี ปราศจากภาวะทุพพลภาพ มุ่งเน้นการมีสุขภาพที่แข็งแรงและรับรู้ประโยชน์และคุณค่าของการออกกำลังกาย ทักษะการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ การรับรู้ประโยชน์และคุณค่าการออกกำลังกาย (Phattaradej, 2015) สามารถดูแลตนเองได้ โดยไม่เป็นภาระของบุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้อง การมีความรู้ดีกว่าตนเองไม่มีคุณค่าและขาดความมั่นใจในตนเอง บทบาททางสังคมลดลงจะรู้สึกสูญเสียอำนาจและรู้สึกตัวไร้คุณค่าเมื่อต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกท้อแท้ หดหู่ ทำให้ภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจไม่เป็นปกติเมื่อถูกละเลยจากสังคม ในอนาคตจะเป็นภาระกับสังคมต่อไป (Jongsak, 2007)

จังหวัดอ่างทองมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและมีปัญหาด้านสุขภาพ คือ โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุพบได้บ่อยเมื่อเป็นโรคดังกล่าวแล้ว ถ้าสามารถปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรคที่ตนเองเป็นก็จะสามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุข รู้จักการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอำเภอแสวงหา ส่วนใหญ่มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ปัญหาด้านสุขภาพจิตจากความวิตกกังวล มีภาวะเครียดเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนเองและปัญหาการดำรงชีพ โรคที่เกิดกับผู้สูงอายุบางโรคสามารถป้องกันได้ด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น โรคที่เกี่ยวข้องกระดูกข้อและกล้ามเนื้อ สำหรับอำเภอแสวงหา มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 6,160 คน พบว่า สถิติการเจ็บป่วย 5 อันดับแรกของผู้สูงอายุที่เข้ามารับบริการรักษาพยาบาล คือ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 32.4 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 28.3 โรคเบาหวาน ร้อยละ 25.2 โรคระบบการย่อยอาหาร ร้อยละ 20.6 และต่อกระเจก ร้อยละ 19.5 ของผู้มารับบริการทั้งหมดในปี 2558 (Sawengha Hospital, 2015) จะเห็นได้ว่าอัตราการเกิดโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในเขตอำเภอแสวงหาค่อนข้างสูง สอดคล้องกับคณะทำงานพัฒนาดัชนีวัดภาวะโรค สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการวัดปัญหาสุขภาพของคนไทยโดยใช้เครื่องมือวัดปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากโรคและการบาดเจ็บของประชากร (Disability Adjusted Life Year : DALY) เป็นตัวบ่งชี้พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 85.2 มีสาเหตุการสูญเสียสุขภาพเนื่องจากโรคไม่ติดต่อ (Key Performance Indicator, 2016) การควบคุม ป้องกัน คัดกรอง พื้นฟู และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพได้ดีลดการเกิดโรคไม่ติดต่อในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งมีความจำเป็นต้องดำเนินการเพื่อลดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ ทั้งในระดับส่วนตัวและระดับส่วนรวม รัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจนอาจส่งผลกระทบต่อเสถียรภาพระบบการเงินและการคลังในระยะยาวของประเทศ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมองเห็นจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ และสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณ ด้านการจัดการความเครียด การตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ อำเภอแสวงหาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้สูงอายุในพื้นที่ มีสุขภาพทางร่างกายที่แข็งแรงและสุขภาพจิตที่ดี อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีการดูแลสุขภาพตนเอง และสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างเป็นปกติสุข ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ ลดภาระการพึ่งพิงทางสังคม ลดพฤติกรรมเสี่ยง มีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างต่อเนื่องยั่งยืน และสามารถดูแลป้องกันโรคได้ด้วยตนเอง

### วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการดำเนินโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยประยุกต์ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender) 6 ด้าน ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง
3. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) 6 ด้าน

### สมมติฐานวิจัย

1. หลังการทดลองกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม กลุ่มทดลองรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับสูงขึ้นมากกว่าหลังการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
3. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
4. หลังการทดลอง คะแนนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบโดยความรู้ของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดเกี่ยวกับประสิทธิผลโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ โดยการประยุกต์ทฤษฎีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006) 6 ด้าน และทฤษฎีการมีส่วนร่วมของ WHO (WHO & UNICEF, 1979) 4 ขั้นตอน ผู้วิจัยประยุกต์ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ 6 ด้าน ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาด้านจิตวิญญาณและด้านการจัดการความเครียด ที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมทางด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ การพัฒนาจิตของตนเอง การจัดการความเครียด ที่ผ่านการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยการอบรมแลกเปลี่ยนให้ความรู้ 6 กิจกรรม ประเมินผลการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ จากการประเมินการรับรู้พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการประเมินความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงปริมาณแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two Group Pre - test Post- test) โดยแบ่งออกเป็นการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

#### ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุ

##### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้สูงอายุคนไทยทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 60 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไปที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลแสงหา ตำบลแสงหา อำเภอแสงหา จังหวัด



อ่างทอง มีทั้งหมด 14 หมู่บ้าน มีชมรมผู้สูงอายุจำนวน 3 ชมรม ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุหมู่ที่ 3 มีสมาชิกจำนวน 82 คน หมู่ที่ 5 จำนวน 136 คน และหมู่ที่ 11 จำนวน 114 คน (Registering the Elderly Sawengha Hospital, 2015) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก โดยขั้นตอนที่เลือกอำเภอจากจังหวัดอ่างทอง ซึ่งมีทั้งหมด 7 อำเภอ จากนั้นเลือกตำบล ด้วยวิธีการจับฉลาก ทำการจับฉลากทั้งหมด 7 ตำบล ผู้วิจัยได้สุ่มจับฉลากได้ตำบลแสวงหา แล้วจึงเลือกหมู่บ้านที่มีชมรมผู้สูงอายุจำนวน 3 ชมรม ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุหมู่ที่ 3 มีสมาชิก จำนวน 82 คน หมู่ที่ 5 จำนวน 136 คน และหมู่ที่ 11 จำนวน 114 คน โดยผู้วิจัยได้คัดเลือกชมรมที่มีจำนวนผู้สูงอายุ 100 คนขึ้นไป ได้ 2 ชมรม คือชมรมหมู่ที่ 5 และหมู่ที่ 11 ผู้วิจัยใช้วิธีจับฉลาก จับกลุ่มทดลองได้ชมรมหมู่ที่ 5 ที่เหลืออีก 1 ชมรม คือหมู่ที่ 11 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

#### เกณฑ์การคัดเลือก

1. ผู้สูงอายุ เพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ขึ้นทะเบียนเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป
2. ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีความพิการ หรือเป็นโรคประจำตัวที่ร้ายแรงที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม
3. ไม่มีปัญหาทางด้านการสื่อสาร การได้ยิน การมองเห็น
4. สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง

#### เกณฑ์การคัดออก

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยให้ครบทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัยขอบเขตด้านระยะเวลา
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง
3. มีปัญหาทางด้านสุขภาพขณะดำเนินการกิจกรรม เช่น มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง มีปัญหาทางด้านร่างกาย เช่น ปวดขา กระดูกมีปัญหา มีโรคประจำตัวร้ายแรง
4. ไม่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม

การศึกษานี้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 84 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 42 คน โดยใช้สูตรการคำนวณตัวอย่างของ John (John, 1970) และการพิจารณากำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัย คำนวณได้ 80 คน เพื่อป้องกันการมีเหตุจำเป็นหรือมีการกิจเร่งด่วนต้องออกจากงานวิจัยในระหว่างดำเนินการกิจกรรม ผู้วิจัยจึงขอเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 84 คน เลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 42 คน และเป็นการกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามแนวทางของ Polit และ Hungler ที่กำหนดว่า งานวิจัยกึ่งทดลองควรใช้กลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 30 หน่วย และไม่ควรน้อยกว่า 15 หน่วยต่อกลุ่ม ในกรณีทำการทดลองมากกว่า 1 กลุ่ม (Polit & Hungler, 1999)

#### กลุ่มภาคีเครือข่ายประกอบด้วย

1. อาสาสมัครสาธารณสุข โดยการสนทนากลุ่ม จำนวน 6 คน ใช้การสุ่มแบบจำเพาะเจาะจง
2. แกนนำชุมชน นายกเทศมนตรี 1 คน ประธานชมรมผู้สูงอายุ 1 คน รองประธานชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน เลขานุการชมรมผู้สูงอายุ 1 คน รวม 5 คน
3. หัวหน้ากองสาธารณสุข เทศบาลแสวงหา จำนวน 1 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวคำถามสนทนากลุ่มผู้สูงอายุ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด เป็นคำถามเพื่อทดสอบการเรียนรู้พฤติกรรมสุขภาพ โดยการจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สูงวัยอย่างมีคุณค่า การจัดการความเครียด ฝึกทักษะการสะท้อนความรู้สึก ความคาดหวัง สิ่งที่ต้องการจัดความกลัว ความกังวล และปัญหาอุปสรรคในการดำรงชีวิต และรูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย กิจกรรมบริหารกายด้วย 4 ท่า 4 วัน กิจกรรมสร้างความสุข ด้วยกิจกรรม สุขสว่าง และสุขสงบ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ทั้ง 6 ด้าน
2. แนวคำถามสนทนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยแนวการสัมภาษณ์ในด้านความคิดเห็น และมุมมองของท่านที่มีต่อผู้สูงอายุ วิธีการดูแลผู้สูงอายุ ความต้องการของผู้สูงอายุเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและนำไปใช้อย่างเหมาะสม
3. แนวคำถามนายกเทศมนตรี ประธาน รองประธาน เลขา ชมรมผู้สูงอายุ โดยแนวการสัมภาษณ์ในด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ วิธีการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ผู้สูงอายุควรจะได้รับ的帮助เหลืออะไรบ้างและจากใครและช่วยอย่างไร เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและนำไปใช้อย่างเหมาะสม
4. แนวคำถามหัวหน้ากองสาธารณสุข โดยแนวการสัมภาษณ์ในด้านความคิดเห็นและมุมมองของท่านที่มีต่อผู้สูงอายุ ท่านมีวิธีการอย่างไรในการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ท่านมีวิธีการช่วยเหลือผู้สูงอายุทางด้านใดบ้าง เพื่อทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี เมื่อผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีปัญหาทางด้านจิตใจท่านมีวิธีการแก้ไขปัญหาโดยวิธีใด และรูปแบบในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่จัดทำขึ้นควรปรับปรุง เพิ่มเติม แก้ไขในส่วนใดบ้าง เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและนำไปใช้อย่างเหมาะสม

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลเชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 3 คน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต 1 คน นักวิชาการเชี่ยวชาญด้านสถิติและด้านยุทธศาสตร์พัฒนา 1 คน เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องและความชัดเจนของเนื้อหา จากนั้นดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 42 คน ให้คะแนนความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence : IOC) พบว่าดัชนีมีค่าความตรงของเนื้อหา .67-1.00
2. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ไปทดสอบกับผู้สูงอายุในตำบลแสงหาที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha) ได้เท่ากับ .86 และ .84 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการ ขอนหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำหนังสือถึงกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นายกเทศมนตรี



ประธาน รองประธาน เลขานุการผู้สูงอายุ หัวหน้ากองสาธารณสุข และจัดหาผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูล จำนวน 6 คน และชี้แจงให้ทราบโดยละเอียดเพื่อช่วยในการเก็บข้อมูล เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติในทางเดียวกัน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูล พบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำวัตถุประสงค์ และขออนุญาตในการให้ข้อมูลตามแนวคำถามและการเข้าร่วมสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์ พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ อธิบายวิธีการตอบคำถาม และเปิดโอกาสให้ซักถาม หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม และตอบแบบสอบถาม และรวบรวมข้อมูลส่งคืนทันที

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

### ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ภาคีเครือข่ายและผู้วิจัย ร่วมกันพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม โดยใช้ข้อมูลจากระยะที่ 1 และจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

### ระยะที่ 3 การทดลองใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประยุกต์ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender) 6 ด้าน มาปรับใช้กับกลุ่มทดลองมีระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 8 สัปดาห์ ที่สอดคล้องกับกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ดังต่อไปนี้

1.1 การเตรียมการก่อนการทดลอง โดยการจัดกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมและการปฏิบัติตน การทดสอบการเรียนรู้ก่อนการทดลอง พร้อมทั้งวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้สูงอายุรับรู้และรับผิดชอบภาวะสุขภาพของตนเอง

1.2 ขั้นตอนการทดลอง การดำเนินกิจกรรมตามกรอบแนวคิดในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรมย่อยดังนี้

แบ่งกิจกรรม เป็น 3 ขั้นตอน ในการทำกิจกรรม 8 สัปดาห์ สัปดาห์แรกผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ สัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 7 ดำเนินกิจกรรมพบผู้สูงอายุสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลาที่เข้าพบผู้สูงอายุครั้งละ 3 ชั่วโมง โดยใช้สื่อในการประกอบการดำเนินกิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการก่อนการทดลอง โดยการจัดกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ ใช้เวลา 3 ชั่วโมง (สัปดาห์ที่ 1)

1. ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ ชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และทราบถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มทดลองก่อนลงชื่อยินยอมให้กลุ่มทดลองเข้าร่วมการวิจัย เป็นลายลักษณ์อักษร ใช้ระยะเวลา 30 นาที

2. หลังจากผู้สูงอายุยินยอมและเข้าใจวัตถุประสงค์แล้ว ให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำนวน 13 ข้อ แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender) แบ่งเป็น 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด จำนวน 58 ข้อ แบบสอบถามประเมินความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 11 ข้อ รวม 82 ข้อ ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 30 นาที

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นทดลอง ประกอบด้วย การประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีของเพนเดอร์ (Pender) 6 ด้าน ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรม 7 สัปดาห์ สัปดาห์แรกผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ สัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 7 ดำเนินกิจกรรมกับผู้สูงอายุ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลาในการทำกิจกรรมครั้งละ 3 ชั่วโมง ดังนี้

ด้านที่ 1 ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) (สัปดาห์ที่ 2) ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ให้ความรู้เรื่อง พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงร่างกาย จิตใจ และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุแสดงความคิดเห็นและบอกเล่าถึงปัญหาและความต้องการของตนเองเพื่อนำมาวางแผนการแก้ไข ปัญหาในการสร้างเสริมสุขภาพ และจัดกิจกรรมเรียนรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี พร้อมทั้งสรุปประเด็น การค้นพบปัญหาที่แท้จริง ในการสร้างเสริมสุขภาพ

ด้านที่ 2 กิจกรรมทางด้านร่างกาย (Physical Activity) (สัปดาห์ที่ 3) ใช้เวลา 3 ชั่วโมง โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มในการสร้างนวัตกรรมการออกกำลังกายด้วยการบริหารปอดในผู้สูงอายุด้วย “แก้วพองตัว” ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อวัดการทำงานของปอดในผู้สูงอายุ และทำการทดสอบสมรรถภาพปอดของผู้สูงอายุด้วยเครื่อง Peak Flow โดยวัดก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 6 สัปดาห์ เมื่อครบ 6 สัปดาห์ ทำการทดสอบสมรรถภาพปอดของผู้สูงอายุด้วยเครื่อง Peak Flow หลังดำเนินกิจกรรมพร้อมสรุปผลการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพปอด

สรุปประเด็นการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกระบวนการกลุ่มและสร้างแกนนำจิตอาสาเพื่อนช่วยเพื่อน ในการติดตามประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม โดยการมีอาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล

ด้านที่ 3 โภชนาการ (Nutrition) โดยการจัดกิจกรรมให้ความรู้ เรื่องการรับรู้พฤติกรรม การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุด้วยโมเดลอาหาร (สัปดาห์ที่ 4) ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

จัดโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองในการเลือกรับประทานอาหาร แบ่งเป็น 3 ฐาน

ฐานที่ 1 โมเดลอาหาร มีเนื้อหาเกี่ยวกับชนิดอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

ฐานที่ 2 สาธิตการประกอบอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

ฐานที่ 3 นำความรู้แต่ละฐานมาสรุปลงในกระดาษพับชาร์ต

สรุปผลการดำเนินกิจกรรมพร้อมทั้งฝึกแกนนำจิตอาสาเพื่อนช่วยเพื่อน โดยการมีอาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมและร่วมประเมินผลการดำเนินกิจกรรม

ด้านที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Relation) (สัปดาห์ที่ 5) โดยการจัดกิจกรรมกลุ่ม “สูงวัยอย่างมีคุณค่า” ด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Study) จำนวน 6 กลุ่ม กลุ่มละ 7 คน ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 3 ชั่วโมง สรุปผลการเข้าร่วมกิจกรรม โดยการมีอาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมและร่วมประเมินผลการดำเนินกิจกรรม

ด้านที่ 5 การพัฒนาด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) (สัปดาห์ที่ 6) โดยการจัดกิจกรรมกลุ่ม “สูงแต่วัย ใจวัยรุ่น” ด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Study) จำนวน 6 กลุ่ม กลุ่มละ 7 คน ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 3 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้วิธีการจัดการความเครียด “สูงแต่วัย ใจวัยรุ่น” และการทำสมาธิ ฟังธรรม

กิจกรรมที่ 2 การสนทนากลุ่ม (Focus Group Study) จำนวน 6 กลุ่ม กลุ่มละ 7 คน

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมสันทนาการ ด้วยการรำกลองยาว

สรุปผลการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ดำเนินกิจกรรมร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้วิจัย



ด้านที่ 6 การจัดการกับความเครียด (Stress Management) (สัปดาห์ที่ 7) ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการจัดการกิจกรรมการบริหารจิตด้วยท่าออกกำลังกาย 4 วัน 4 ท่า พร้อมทั้งแจกแผ่นพับ

กิจกรรมที่ 2 ให้ความรู้และฝึกการบริหารสมองเพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม ด้วยท่าในการบริหารสมอง พร้อมทั้งแจกเอกสาร แผ่นพับ

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนทดสอบการเรียนรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ (สัปดาห์ที่ 8) จากแบบสอบถามเชิงลึก แบบบันทึกการสังเกตการมีส่วนร่วม การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ แล้วนำมาวิเคราะห์ให้เป็นข้อมูลสนับสนุนและเป็นการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data Triangulation)

กลุ่มเปรียบเทียบ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ ให้กลุ่มเปรียบเทียบลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และทราบถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มเปรียบเทียบก่อนลงชื่อยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้วิจัยให้กลุ่มเปรียบเทียบทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 1 ชุด ข้อคำถาม จำนวน 82 ข้อ ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 30 นาที

ครั้งที่ 2 หลังจากผู้วิจัยได้ดำเนินการกิจกรรมในกลุ่มทดลองเสร็จ ผู้วิจัยให้กลุ่มเปรียบเทียบทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 1 ชุด ข้อคำถาม จำนวน 82 ข้อ ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 30 นาที

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา ความสามารถในการอ่าน/เขียน สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล แหล่งรายได้ สถานที่พักอาศัย สถานภาพการพักอาศัย แหล่งข้อมูลข่าวสาร งานอดิเรก การประกอบอาชีพ การได้รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender) 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด คำถาม จำนวน 58 ข้อ ด้วยวิธีการหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยโดยอาศัยค่า t-test (Paired t-test) โดยตามเกณฑ์การตัดสินใจของ (Best, & John, 1977) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 4 ระดับ คือ ปฏิบัติสม่ำเสมอให้ 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้งให้ 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้งให้ 2 คะแนน ถึงไม่ปฏิบัติเลยให้ 1 คะแนน ค่าคะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ของ บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ (2554) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

|                                         |                       |
|-----------------------------------------|-----------------------|
| คะแนนเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 80             | มีความรู้ระดับสูง     |
| คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 60 – 79               | มีความรู้ระดับปานกลาง |
| คะแนนเฉลี่ยเท่ากับหรือน้อยกว่าร้อยละ 60 | มีความรู้ระดับต่ำ     |

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบ ถูก - ผิด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ให้ 1 ตอบผิด ให้ 0 โดยมีคะแนนรวมทั้งหมด 20 คะแนน ด้วยวิธีการหาร้อยละ ค่าคะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ของ Bloom (1986) แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

| ระดับความรู้ | คะแนน   |
|--------------|---------|
| สูง          | 15 – 20 |
| ปานกลาง      | 8 – 14  |
| ต่ำ          | 0 – 7   |

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำหนังสือถึงกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ ผู้วิจัยและผู้ช่วยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา โครงสร้างงานวิจัยแบบสอบถาม และโปรแกรมการทดลองให้เข้าใจโดยละเอียด เพื่อผู้ช่วยเก็บวิจัยทุกคนปฏิบัติได้ตามแนวทางเดียวกัน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูล พบกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ หลังจากนั้นแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตในการให้ตอบแบบสอบถามพร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ เมื่อกลุ่มตัวอย่างอนุญาต ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูลแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง อธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา และอธิบายถึงวิธีการตอบคำถาม และเปิดโอกาสให้ซักถาม หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และรวบรวมแบบสอบถามคืนทันที ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม - พฤษภาคม พ.ศ.2559

ผู้วิจัยและผู้ช่วยเก็บข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล โดยให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ จากนั้นดำเนินการทดลองซึ่งมีระยะเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender) 6 ด้าน ซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรมในโปรแกรมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ขึ้นเตรียมการก่อนการทดลอง โดยการจัดกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพกับผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ

ขั้นตอนที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2 – สัปดาห์ที่ 7) ขึ้นทดลอง ทดสอบการเรียนรู้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและจัดกิจกรรม ประยุกต์ทฤษฎีการสร้างเสริมของเพนเดอร์ (Pender) ทั้ง 6 ด้าน ประกอบด้วย ด้านความรับผิดชอบ ต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านจิตวิญญาณ และการจัดการความเครียด

ขั้นตอนที่ 3 (สัปดาห์ที่ 8) ทดสอบการเรียนรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาผู้สูงอายุให้เป็นแกนนำจิตอาสา เพื่อนช่วยเพื่อน ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยนำข้อมูลจากแบบสอบถามที่ได้ มาคิดคะแนนและวิเคราะห์เช่นเดียวกับก่อนการใช้โปรแกรมตามวิธีทางสถิติต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบกับสถิติไคสแควร์ (Chi-Square)

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender) 6 ด้าน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และในระลอกก่อนการทดลองและหลังการทดลองด้วยค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: SD) ด้วยสถิติ Paired Sample t-test

3. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ ระดับความรู้ก่อนและหลังการทดลองด้วยการหาค่าความถี่ ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: SD) ด้วยสถิติ Independent t-test

## จริยธรรมวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย เวสเทิร์น ในการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม เมื่อวันที่ 5 มกราคม 2559 ตามรหัสโครงการเลขที่ HE-WTU 542551

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า ผู้สูงอายุมีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 90.5 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 57.2 สถานะภาพสมรส ร้อยละ 66.7 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 69 มี สวัสดิการรักษายาบาลเป็นบัตรทอง คิดเป็นร้อยละ 83.3 ที่มาของรายได้ ได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คิดเป็น ร้อยละ 31 สถานที่พักอาศัย ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัวบุตรหลาน คิดเป็นร้อยละ 71.4

2. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองการสร้างเสริมสุขภาพ แบบมีส่วนร่วม

**ตาราง 1** ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคะแนนการรับรู้พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองจำแนกตามการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=42)

| การรับรู้พฤติกรรมสุขภาพ         | ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม |      |                   | หลังการเข้าร่วมโปรแกรม |      |                   |
|---------------------------------|------------------------|------|-------------------|------------------------|------|-------------------|
|                                 | M                      | SD   | ระดับ<br>พฤติกรรม | M                      | SD   | ระดับ<br>พฤติกรรม |
| 1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ   | 2.82                   | 0.88 | ปานกลาง           | 4.24                   | 0.76 | สูง               |
| 2. ด้านกิจกรรมด้านร่างกาย       | 3.40                   | 0.96 | ปานกลาง           | 3.73                   | 0.88 | สูง               |
| 3. ด้านโภชนาการ                 | 3.73                   | 0.89 | สูง               | 4.15                   | 0.70 | สูง               |
| 4. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล | 3.85                   | 0.77 | สูง               | 4.20                   | 0.63 | สูง               |
| 5. ด้านจิตวิญญาณ                | 3.44                   | 0.85 | ปานกลาง           | 3.62                   | 0.63 | สูง               |
| 6. ด้านการจัดการความเครียด      | 3.61                   | 0.90 | สูง               | 3.70                   | 0.44 | สูง               |
| โดยรวม                          | 3.54                   | 0.66 | สูง               | 4.11                   | 0.55 | สูง               |

จากตาราง 1 พฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมี พฤติกรรมสุขภาพทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อจำแนกตามรายด้าน พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับเท่ากัน คือ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมด้านร่างกาย และด้านจิตวิญญาณ อยู่ในระดับปานกลาง และด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล ด้านจัดการความเครียด อยู่ในระดับสูง ส่วนหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับสูงทุกด้าน



**ตาราง 2** ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มทดลองก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ

| พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ     | ช่วงเวลา                      | <i>M</i>    | <i>SD</i>   | <i>t</i>        |
|------------------------------|-------------------------------|-------------|-------------|-----------------|
| ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ   | ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม        | 2.83        | 0.88        | 12.42***        |
|                              | หลังการเข้าร่วมโปรแกรม        | 3.75        | 0.77        |                 |
| ด้านกิจกรรมด้านร่างกาย       | ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม        | 3.43        | 0.85        | 8.09***         |
|                              | หลังการเข้าร่วมโปรแกรม        | 4.06        | 0.77        |                 |
| ด้านโภชนาการ                 | ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม        | 3.62        | 0.77        | 5.36***         |
|                              | หลังการเข้าร่วมโปรแกรม        | 4.18        | 0.68        |                 |
| ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล | ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม        | 3.86        | 0.76        | 5.88***         |
|                              | หลังการเข้าร่วมโปรแกรม        | 4.25        | 0.65        |                 |
| ด้านจิตวิญญาณ                | ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม        | 3.76        | 0.88        | 4.96***         |
|                              | หลังการเข้าร่วมโปรแกรม        | 4.17        | 0.70        |                 |
| ด้านการจัดการความเครียด      | ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม        | 3.63        | 0.90        | 5.32***         |
|                              | หลังการเข้าร่วมโปรแกรม        | 4.11        | 0.68        |                 |
| <b>พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม</b>  | <b>ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม</b> | <b>3.54</b> | <b>0.66</b> | <b>10.58***</b> |
|                              | <b>หลังการเข้าร่วมโปรแกรม</b> | <b>4.11</b> | <b>0.54</b> |                 |

\*\*\* $p < .001$

จากตาราง 2 การเปรียบเทียบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=10.58, p < .001$ )

**ตาราง 3** ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับความรู้ก่อนและหลังการทดลอง

| กลุ่ม            | n  | ระดับความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ | จำนวน | ร้อยละ | <i>M</i> | <i>SD</i> |
|------------------|----|------------------------------------------|-------|--------|----------|-----------|
| ก่อนการทดลอง     | 42 | ความรู้ระดับต่ำ                          | 1     | 2.38   | 3.61     | 0.09      |
|                  |    | ความรู้ระดับปานกลาง                      | 18    | 42.86  |          |           |
|                  |    | ความรู้ระดับสูง                          | 23    | 54.76  |          |           |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | 42 | ความรู้ระดับต่ำ                          | 31    | 73.81  | 3.63     | 0.77      |
|                  |    | ความรู้ระดับปานกลาง                      | 10    | 23.81  |          |           |
|                  |    | ความรู้ระดับสูง                          | 1     | 2.38   |          |           |

ตาราง 3 (ต่อ)

|              | กลุ่ม            | n  | ระดับความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ | จำนวน | ร้อยละ | M    | SD   |
|--------------|------------------|----|------------------------------------------|-------|--------|------|------|
| หลังการทดลอง | กลุ่มทดลอง       | 42 | ความรู้ระดับสูง                          | 1     | 2.38   | 4.48 | 0.71 |
|              |                  |    | ความรู้ระดับต่ำ                          | 1     | 2.38   |      |      |
|              |                  |    | ความรู้ระดับปานกลาง                      | 13    | 30.95  |      |      |
|              | กลุ่มเปรียบเทียบ | 42 | ความรู้ระดับสูง                          | 28    | 66.67  | 2.82 | 0.88 |
|              |                  |    | ความรู้ระดับต่ำ                          | 35    | 83.34  |      |      |
|              |                  |    | ความรู้ระดับปานกลาง                      | 5     | 11.90  |      |      |

จากตาราง 3 พบว่า การหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความรู้ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในระดับสูง ( $M=4.48$ ,  $SD=0.71$ ) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ( $M=2.82$ ,  $SD=0.88$ )

ตาราง 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

|              | กลุ่ม       | n  | M    | SD   | t     | df | p-value |
|--------------|-------------|----|------|------|-------|----|---------|
| ก่อนการทดลอง | ทดลอง       | 42 | 4.36 | 0.06 | 5.316 | 39 | <0.001  |
|              | เปรียบเทียบ |    | 3.36 | 0.97 |       |    |         |
| หลังการทดลอง | ทดลอง       | 42 | 7.73 | 0.70 | 7.536 | 39 | <0.001  |
|              | เปรียบเทียบ |    | 3.23 | 0.64 |       |    |         |

จากตาราง 4 พบว่า ก่อนและหลังการทดลอง โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม กลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบมีการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p<0.01$  โดยความรู้ของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

## อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถอภิปรายผลการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. ผลการศึกษาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองก่อนทดลองและหลังทดลอง พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อจำแนกตามรายด้าน พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพเกือบทุกด้านอยู่ในระดับสูง ยกเว้นด้านความรับผิดชอบต่อร่างกาย ด้านกิจกรรมด้านร่างกาย และด้านจิตวิญญาณ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตาม หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพทุกด้านอยู่ในระดับสูง

ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 90.5 มีความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นและเป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ จึงมีการรวมกลุ่มร่วมกันในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้พฤติกรรมสุขภาพก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยรวมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับ Jantarangvorakul (2010) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่สถานสงเคราะห์คนชรา จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $r=0.53$ ) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Kosayothip (2009) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบ้านดำนลาน้อย จังหวัดสุโขทัย พบว่าพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ด้านบริโภคอาหารและด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับน้อย โดยมีพฤติกรรมด้านออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น สรุปได้ว่าการศึกษาในพื้นที่ต่างกันพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน สำหรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในภาพรวมของประเทศจากการสำรวจภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2556 พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 26 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ที่ตั้งไว้ร้อยละ 30 การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ส่งผลให้ผู้สูงอายุไทยมีปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพหลายประการ ที่สำคัญที่สุด คือภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน พบความชุกสูงถึงร้อยละ 43 ในเพศชาย และร้อยละ 50 ในเพศหญิง โดยปัจจัยป้องกันที่สำคัญ ได้แก่ การออกกำลังกายเป็นประจำ (Bureau of Health Promotion, 2013)

ดังนั้น สรุปได้ว่า จากการศึกษาในพื้นที่ต่าง ๆ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุยังมีความแตกต่างกัน สำหรับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในภาพรวมของประเทศ ซึ่งนำเสนอในรายงานการทบทวนและรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559 แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุไทยที่อยู่ในเขตเมืองและชนบทที่มีสภาพทางเศรษฐกิจที่ต่างกัน ยังมีความเหลื่อมล้ำไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพอนามัย ซึ่งเนื่องมาจากข้อจำกัดในการเดินทาง และการรับรู้สิทธิของผู้สูงอายุในกลุ่มต่าง ๆ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การออกกำลังกาย การมีกิจกรรมทางสังคม แม้จะไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยตรง แต่จะช่วยลดภาระในการดูแล และให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุได้อย่างมาก ประเทศไทยจำเป็นต้องเตรียมพร้อมด้วยการระดมทรัพยากรทั้งหลาย สร้างบุคลากร ปรับบทบาทหน้าที่ และเพิ่มการประสานงานขององค์กร/หน่วยงาน แก๊ไขและปรับปรุงกฎระเบียบต่าง ๆ พัฒนารูปแบบและระบบต่าง ๆ ในการให้บริการด้านสุขภาพอย่างเท่าเทียมกันแก่ผู้สูงอายุที่จะเพิ่มจำนวนขึ้นอีกมากในอนาคต

2. ผลการเปรียบเทียบความรู้สร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับสร้างเสริมสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยความรู้ของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Na Nong Khai. (2008) ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรธานี พบว่า หลังดำเนินการพัฒนากระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และรายด้านสูงขึ้นกว่าก่อนการจัดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัยประสิทธิภาพโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า กลุ่มทดลองสามารถดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้นได้ ด้วยการสร้างเสริมสุขภาพด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ด้านการพัฒนาจิต



วิญญาน และด้านการจัดการกับความเครียด อันจะส่งผลให้ลดโอกาสในการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ที่สืบเนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพ ช่วยให้มีชีวิตที่ยืนยาวมากยิ่งขึ้น สามารถพึ่งพาตนเองได้ไม่เป็นภาระของสังคมและบุคคลอื่น อย่างไรก็ตามการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุจึงควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนั้น เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน การจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุจึงควรดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องในระบบบริการด้านสุขภาพ

### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จากผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น มีความรู้ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย สามารถจัดการความเครียดได้ด้วยตนเองมากขึ้น ดังนั้นหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิและหน่วยงานอื่น ๆ สามารถนำโปรแกรมดังกล่าวนี้ไปใช้กับผู้สูงอายุพื้นที่อื่น ๆ อย่างต่อเนื่อง
2. ด้านสถาบันการศึกษาทางด้านสาธารณสุข ควรนำสาระสำคัญของพฤติกรรมของผู้สูงอายุไปบูรณาการกับการเรียนการสอนให้กับนักศึกษา เพื่อเป็นการเตรียมพร้อมกับการดูแลผู้สูงอายุในภาคหน้า เนื่องจากอนาคตประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุ

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัญหาที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ปัญหาโรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต โดยใช้วิธีการศึกษาแบบ Action Research ให้ครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น
2. ควรศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เน้นการมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมกิจกรรมสังคมเพิ่มมากขึ้น
3. นำแนวคิดของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ไปดำเนินการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

### References

- Best, & John, W. (1977). *Research in Education*. (3<sup>rd</sup> ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Bloom, B. S. (1986). *Learning for Mastery Evaluation Comment*. Center for the Study of Instruction Promgramme. University of California at Los Angeles.
- Bureau of Health Promotion. (2013). *Thai Elderly Health Survey 2013 Under the Health Promotion Program for the Elderly and the Disabled*. Department of health. Wacharin PP Printing, Plaibang, Nonthaburi. (in Thai).
- Phattaradej, C. (2015). Factors Predicting Exercise Behavior of the Elderly. Song Kra. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 3(2): 17-38. (in Thai).
- Health Center Ang Thong. (2515). *General Information*. Ang Thong. (in Thai).
- John, W., & Best. (1970). *Research in Education*. (3<sup>rd</sup> th.). New Jersey: Prentice-Hall Inc.



- Key Performance Indicator. (2016). *Strategic Indicators and Storage Guidelines Ministry of Public Health*. Ministry Indicators. Ministry of Public Health. Retrieved November 15,2016, from <http://healthdata.moph.go.th/kpi/>. (in Thai).
- Na Nong Khai, P. (2008). *Development of a Participatory Learning Model for Changing Elderly Health Behaviors in Udon Thani*. Ph.D. thesis Environmental Education, Graduate School Mahasarakrm University. (in Thai).
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice*. 5<sup>th</sup> (ed). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing Research Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott.
- Sawengha Hospital. (2015). *Summary of Annual Portfolio Ang Thong*: Sawengha Hospital. (in Thai).
- Registering the Elderly Sawengha Hospital. (2515). *Registering the Elderly*. Ang Thong: Sawengha Hospital. (in Thai).
- Kosayothip, T. (2009). *Relationship Between Health Behavior and Health Status among the Elderly*. Master of Public Health Master Thesis Faculty of Public Health, Graduate School Naresuan University. (in Thai).
- Jantarangvorakul, W. (2010). Health Promoting Behaviors and Health Status of the Elderly in Nakhonsawan Province. *Journal of Health Science Research*, 4(2): 12-20. (in Thai).
- WHO & UNICEF. (1979). *Report of the International Conference on Primary Health Care*, New York: N.P. Press , P.41. Retrieved November 15,2016, from <http://apps.who.int/iris/handle/10665/39228>